№ 5. WARSZAWA, MAJ 1934 ROK VI

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. med. N. SZYK (Warszawa).

PODSTAWY WSPÓŁCZESNEJ GASTROLOGJI.

(Dokończenie).

Przy leczeniu oszczędzającem w przypadkach nadkwaśnego i niedokwaśnego nieżytu żołądka, przy wrzodzie, niepodlegającemu zabiegowi należy stosować najprostsze pożywienie. Przy niedokwaśności są raczej wskazane potrawy węglowodanowe, przy nadkwaśności podawanie śmietanki. Są to poglądy stare, jednak godne rzeczowego zaznaczenia. Zaniechanie leczenia szpitalnego jest we wielu przypadkach marnowaniem czasu. Chorzy na nieżyt żołądka i wrzód żołądka nie nadają się do leczenia w przychodni. Leczenie wstępne winno być przeprowadzone w szpitalu i to nawet z punktu widzenia społeczno-gospodarczego.

Jest rzeczą ciekawą w jakim stopniu wpływa siła drażniąca pokarmów na przyswajanie tychże. Mówiąc o sile drażniącej mamy na myśli działanie na czynność wydzielania kwasu solnego. Okazuje się, iż wbrew rozważaniom potrawy drażniące, często mają pomyślny wpływ w przypadkach nadkwaśności. Pożywienie wzmagające wydzielanie soku żołądkowego ma niekiedy dodatni wpływ na przebieg nadkwaśności. W myśl powyższego stosuje się przy nadkwaśności soki owocowe, gotowaną marmoladę i mocno ocukrzoną herbatę. Po kilku dniach stosowania powyższego pożywienia ustępuje nadmierna pobudliwość żołądka wraz z bolesnymi kurczami. Wynika stąd, iż przy nadkwaśności unikanie podniet, działających na tworzenie się soku żołądkowego, nie jest właściwem. Koniecznym warunkiem skutecznego postępowania jest raczej dążenie do szybkiego opróżnienia żołądka.

Dążenie do dokładnego rozdrobnienia pokarmów jest przesadą, o ile niema ciężkiego zwężenia odźwiernika. W przebiegu leczenia można bardzo szybko odstąpić od potraw płynnych i półpłynnych. Szczególnie jest bezmyślnem stosowanie papki kartoflanej, jako dobrze znoszonej przez żołądek i jelita. Papkę kartoflaną często stosuje się przy nadkwaśności i wrzodzie żołądka. Należy zaznaczyć, iż powyższą papkę chorzy połykają, uprzednio nie przeżuwając. Pokarm nieprzeżuty i nie poddany działaniu śliny dostaje się do kwaśnego soku żołądkowego, który nie może rozwinąć należytego działania trawiennego. O wiele lepiej chorzy znoszą gotowane kartofle w dobrym gatunku. W danym wypadku kartofle ulegają należytemu przeżuciu, nadto następuje dekstrynizacja skrobi oraz rozpuszczenie koloidalne. Te same rozważania dotyczą potraw mącznych. Papka sporządzona w jamie ustnej jest lepszą od papki kuchennej. Zresztą powszechnie jest znaną rola czynności przeżuwającej jamy ustnej. Dobre przeżucie jest połową czynności trawiennej.

Przy rozważaniach dietetycznych usiłujemy wyrobić sobie pojęcie o tem, jak dalece chory znosi poszczególne potrawy. Wówczas uwzględniamy nasilenie pobudzenia do wytwarzania soku, zdolność pokarmów do fermentacji i gnicia, zawartość błonnika, działanie zapierające i rozwalniające. Rozważania powyższe są tylko częścią naszego zadania. O wiele ważniejszą sprawą jest umiejętne łączenie różnych składników pokarmowych, co często bywa zupełnie zaniedbane. Często przepisy dietetyczne polegają tylko na zakazach i zezwoleniach.

Należy zaznaczyć, iż jednak djeta jednolita niekiedy znajduje zastosowanie przy wielu chorobach. W przebiegu wielu chorób żołądka, jelit, trzustki lub chorób innych układów może być ważnem podawanie tylko jednego środka spożywczego, aby ujednostajnić pracę trawienia. Niekiedy jest to korzystne. Przy diecie jednolitej stosujemy mleko, śmietankę, kefir, kumys i yoghurt. Pouczające są następstwa spożywania owoców. Owoce surowe i gotowane, dodane do pożywienia często działają przeczyszczająco. Jeżeli natomiast ograniczyć pożywienie wyłącznie do owoców, soków owocowych i cukru, wówczas nawet przy uporczywych nieżytach jelitowych stwierdzimy działanie zapierające powyższej jednolitej diety cukrowo-owocowej. Działanie zapierające będzie lepsze niż przy stosowaniu makowca. Dietę jednolitą stosuje się naogół przez czas krótszy.

Łączenie różnych składników pokarmowych wymaga dużej staranności. Póki trwają zaburzenia wydzielnicze i nieżyty żołądka i jelit, należy starannie zastanowić się nad łączeniem składników pokarmowych przy każdorazowym posiłku. Przy stanach nadkwaśności można łączyć mięso, rybę, jaja z bezmącznemi jarzynami i małemi ilościami tłuszczów. Sok żołądkowy szybko peptonizuje składniki białkowe, przy-

czem pozostałe części pożywienia nie zakłócają trawienia białka w żołądku. Jeżeli przy nadkwaśności wykluczyć białko, wówczas można łączyć węglowodany z większemi ilościami tłuszczu. Takie połączenie nie pobudza wytwarzania się soku żołądkowego, zaś tłuszcz działa hamująco na czynność wydzielniczą. Z powyższych rozważań wynika, iż przy nadkwaśności można łączyć składniki białkowe z jarzynami i owocami, lub składniki mączne z tłuszczem. Nie można łączyć natomiast mięsa z potrawami mącznemi przy nadkwaśności. W danym przypadku mięso zostaje szybko strawione i usunięte poza obręb żołądka, zaś mączne składniki przez długi czas zalegają w nadmiernie kwaśnym soku żołądkowym. Dłuższe zaleganie kwaśnej miazgi pobudza błonę śluzową do dalszego wydzielania soku. W następstwie takiego stanu może wywiązać się napad kurczowy odźwiernika, nadto wystąpić mogą różne dolegliwości w związku z nadmiarem kwasu. Sprawa znoszenia różnych połączeń odmiennych składników pokarmów zależy od właściwości osobniczych. W tym względzie istnieją rozległe wahania. Możnaby tu przytoczyć dla porównania przykład ludzi, którzy niechętnie jadają w towarzystwie niektórych osób. Sprawa łączenia składników pokarmowych wymaga jeszcze wielu dodatkowych badań.

Doniosłe znaczenie ma stopień zalegania pokarmów w obrębie żołądka. Zdjęcie rentgenowskie daje dość dokładny obraz zalegania, jednak dotyczy tylko papki kontrastowej. Zaleganie potraw może być zupełnie odmienne niż zaleganie papki kontrastowej. Należy podkreślić, iż przy prawidłowem zaleganiu papki kontrastowej możliwem jest nadmierne zaleganie pokarmów. O upośledzeniu czynności ruchomej żołądka można sądzić jedynie w przypadkach jaskrawych obrazów rentgenowskich. Jeżeli zdjęcie wykazuje zmniejszone napięcie i upośledzenie ruchów robaczkowych, wówczas należy się spodziewać, iż powyższe wyniki badania dotyczą zwykłego pożywienia również. Niekiedy badanie rentgenowskie nie daje istotnego odbicia daleko posuniętych zaburzeń czynności ruchowej żołądka. Znane są przypadki, gdzie rentgenologicznie, zalegania nadmiernego nie stwierdzono, natomiast przy braku zwężenia, jedynie z powodu niedokwaśności i upośledzenia ruchowego pokarmy zalegały w wybitnym stopniu.

Przechodząc do postępowania dietetycznego, należy zaznaczyć, iż pożywienie chorego winno być dostatecznie urozmaicone. Pod tym względem dzieją się błędy. Przez długie okresy czasu chorzy otrzymują jednostajne pożywienie. Dotyczy to chorych na żołądek, jelita, zaburzenia krążenia i choroby przemiany materji. Brak zadowolenia przy jedzeniu w związku z jednostajnem pożywieniem pociąga za sobą utratę łaknienia. Nadto pożywienie jednostajne często związane jest z niedostatecznym dowozem składników mineralnych i witamin. Następstwami jednostajnego pożywienia mogą być osłabienie ogólne i upośle-

dzenie zdolności do pracy. Znane są przypadki, gdzie przy dłuższem stosowaniu diety oszczędzającej stwierdzano zmiany chorobowe, przypominające do pewnego stopnia łagodną postać gnilca. Powyższe zmiany były spowodowane brakiem witaminy C.

Przy sporządzaniu papki witamina C zanika, natomiast pozostaje niezmieniona podczas gotowania i obierania kartofli. Przy pewnych staraniach można uniknąć szkodliwych następstw braku witaminy C.

Doświadczenie poucza, iż podawanie pożywienia papkowatego może pociągnąć za sobą przewagę zasad w ustroju. Jak wiadomo, przeciwko nadmiernemu zakwaszeniu ustrój posiada odczyny obronne, natomiast wyrównanie nadmiaru zasad w ustroju jest wielce utrudnione. Długotrwała przewaga zasad utrudnia wypłukanie ciał wyjściowych dla mocznika. Stąd przy długotrwałem nadmiernie zasadowem pożywieniu może dojść do niskich wartości azotu w moczu. Przez pewien czas mylnie uważano, iż powyższe niskie wartości azotu w moczu świadczą o oszczędnem zużywaniu białka ustrojowego. W rzeczywistości jednak zmniejszony azot w moczu jest niepożądanym następstwem pożywienia zasadowego.

Doniosłe znaczenie w zespole objawów chorób żołądkowych ma brak łaknienia. Nie należy zapominać, iż często brak łaknienia jest spowodowany odrazą do jednostajnego pożywienia. W innych przypadkach brak łaknienia jest wynikiem zahamowań psychicznych. Często w podobnych przypadkach dodatnio wpływa stosowanie jednodniowej głodówki. Podczas głodówki chory, otrzymuje tylko herbatę. Środki farmakologiczne nie mają większego znaczenia. Namawianie chorego do przyjmowania pożywienia zazwyczaj zawodzi. Planowe stosowanie dni głodówkowych jest wskazane zwłaszcza przy stosowaniu leczenia tucznego. W przebiegu głodówki chorzy otrzymują jedynie soki owocowe i gotowane owoce. Wybitnie dodatni wpływ na łaknienie mają t. zw. śniadania cukrowe. Śniadanie cukrowe składa się z nadmiernie ocukrzonej herbaty. Po spożyciu powyższego śniadania następuje przemijające wzniesienie poziomu cukru we krwi, poczem następuje obniżeżenie poziomu cukru we krwi. (hypoglycaemia). Niedocukrzenie krwi wybitnie pobudza łaknienie. Przy tem postępowaniu nie należy chorego wtajemniczać w szczegóły lecznicze.

Między poziomem cukru we krwi a czynnością wydzielniczą żołądka istnieje osobliwa zależność. Ta zależność rozciąga się również na insulinę.

Spadek poziomu cukru we krwi po podaniu cukrowego śniadania jest zjawiskiem wtórnem. Pierwotnem następstwem śniadania cukrowego jest wzniesienie poziomu cukru we krwi. Ów wtórny spadek poziomu cukru we krwi u ludzi zdrowych jest zupełnie podobny do wyników działania insuliny. Różnica jednak między działaniem insuliny

a śniadania cukrowego polega na tem, iż insulina wznieca czynność wydzielniczą i ruchową żołądka. Wprawdzie po pewnym czasie nadmierna czynność żołądka ustaje.

Przy stosowaniu śniadania cukrowego należy kierować się następującemi zasadami: istnieje stosunek odwrotnie proporcjonalny między opadaniem poziomu cukru we krwi a czynnością żołądka, powyższy stosunek zależny jest od układu przywspółczulnego. Nadto pouczające są następujące dane. Przy nadkwaśności śniadanie cukrowe wywołuje głębsze opadanie poziomu cukru we krwi niż zwykłe dawki insuliny. Jednocześnie występuje wzmożone wydzielanie soku żołądkowego i kwasu. Cały przebieg powyższego zjawiska jest zgodny ze stosunkiem odwrotnie proporcjonalnym. Widzimy więc, iż im mniejszy jest poziom cukru we krwi, tem większą jest czynność żołądka.

W przebiegu niedokwaśności śniadanie cukrowe powoduje bardzo nieznaczne opadanie poziomu cukru we krwi, a zatem wobec wyższego poziomu cukru, nie zwiększa się czynność wydzielnicza żołądka. Mamy tu znów potwierdzenie zasady stosunku odwrotnie proporcjonalnego. Widzimy, iż większy poziom cukru we krwi pociąga z sobą mniejszą czynność żołądka.

Z powyższych rozważań wynikają następujące wnioski lecznicze:

Wobec podobnego działania insuliny do śniadania cukrowego w sensie nadmiernego obniżenia poziomu cukru we krwi przy nadkwaśności należy unikać kuracji tucznej insuliną przy nadkwaśności. Insulina przy nadkwaśności może wywołać nadmierne i niepożądane niedocukrzenie krwi.

Jeżeli obieramy pożywienie węglowodanowe dla chorych z nadkwaśnością lub niedokwaśnością należy pamiętać o następujących przepisach. — Chory z nadkwaśnością musi przyjmować posiłki węglowodanowe w niezbyt długich odstępach czasu. Wtórna hypoglycaemia może wystąpić w 3 godziny po posiłku. Ponowny posiłek może zapobiedz niepożądanym objawom. Wogóle hypoglycaemia tłumaczy pewne objawy, które oddawna były znane przy nadkwaśności. Mamy tu na myśli napady osłabienia i uczucie głodu względem gorących potraw. Objawy powyższe mogą wystąpić w godzinach popołudniowych i są następstwem niedocukrzenia krwi.

Inaczej sprawa częstości posiłków przedstawia się u chorych z niedokwaśnością. W danym wypadku częste posiłki powodują nadmierne podniesienie poziomu cukru we krwi i pociągają za sobą w myśl zasady odwrotnie-proporcjonalnego stosunku zmniejszenie czynności wydzielniczej i ruchowej żołądka.

Celem utrzymania należytej sprawności żołądka przy niedokwaśności należy ograniczyć ilość posiłków do 4-ch dziennie.

Dzięki powyższym nowszym spostrzeżeniom można w ostatnich latach z większem niż dotychczas powodzeniem stosować pożywienie węglowodanowe przy nieżytach żołądka.

Wreszcie należy wspomnieć o posiłkach węglowodanowych przy ciężkiej cukrzycy. Jak wiadomo, przy ciężkiej cukrzycy stosuje się t. zw. dnie węglowodanowe przy jednoczesnem stosowaniu insuliny. W przypadkach takich celem uniknięcia hipoglikemji należy zalecić chorym przyjmowanie częstych posiłków podczas dni węglowodanowych.

Najważniejszem zadaniem lekarza jest należyte postępowanie przy nieżytach żołądka. Jak wiadomo, nieżyt żołądka może być cierpieniem samoistnem lub współistniejącem przy wrzodzie i raku żołądka. Dawne leczenie wodami mineralnemi jest obecnie przestarzałe. To samo da się powiedzieć o środkach farmaceutycznych. Najskuteczniejszem jest takie postępowanie dietetyczne, które zmierza do osiągnięcia działania przeciwzapalnego. Osiągnięcie działania przeciwzapalnego jest główną podstawą postępowania. Według *Noorden'a* na pierwsze miejsce należy wysunąć stosowania pożywienia bezsolnego. Tenże autor uważa, iż przy pożywieniu bezsolnem następuje przesunięcie równowagi w kierunku jonów Ca wskutek zmniejszenia jonów Na. Przewaga jonów Ca działa przeciwzapalnie. Zmniejszenie jonów Na działa na ustrój odwadniająco. Według *Noorden'a* skuteczność pożywienia bezsolnego zależy wyłącznie od zmniejszenia jonów Na w ustroju, zaś jony Cl istotnego znaczenia nie mają. Dzięki pożywieniu bezsolnemu jony Ca nabierają pewnej siły działania. Skuteczność pożywienia bezsolnego jest udowodniona w przypadkach nieżytu żołądka, jelit, czerwonki i biegunek mocznicowych. Jednak, aby działanie pożywienia bezsolnego się ujawniło musi upłynąć 3—4 dni. Szczególnie wskazanem jest pożywienie bezsolne w przypadkach wrzodu żołądka. Ustalenie właściwego pożywienia w poszczególnym przypadku jest rzeczą nawskroś indywidualną. Trudno mówić tu o zasadach ogólnych. W pierwszym rzędzie należy uwzględnić osobisty stosunek chorego do różnych składników pokarmowych. Szczególnej staranności i wytrwałości wymaga dobór stosownych składników przy pożywieniu bezsolnem. Pod żadnym względem nie można zastąpić soli kuchennej organicznemi namiastkami, gdyż zawierają one Na. W ciągu pierwszych 8 — 14 dni napotyka powyższe postępowanie na największe trudności. Po upływie tego czasu można zalecić pożywienie małosolne, pozostawiając w tygodniu 2 dni bezsolne. Bezsolne pożywienie w wielu przypadkach działa skuteczniej, niż głodówka.

Według *Noorden'a* alkalja przy nadkwaśności i wrzodzie żołądka są zbędne, o ile chory nie dostaje soli. Alkalja są przeciwwskazane z powodu zawartości Na. Działanie ich jest wogóle tylko pozorne, gdyż

w rzeczywistości wzmagają one czynność wydzielniczą żołądka. Stosowanie wód mineralnych jest dozwolone, z tem jednak zastrzeżeniem, iż nie powinny one zawierać jonów sodu ponad 0,8 gr. na 10 litrów.

Jeżeli chodzi o inne sposoby leczenia, należy zaznaczyć, iż w przypadkach nieżytu i wrzodu żołądka leczenie bodźcowe białkiem jest mało wartościowe.

Po przeprowadzeniu leczenia głównego wyłania się sprawa leczenia następczego. Przy chorobach przewodu pokarmowego najlepiej przeprowadzić leczenie następcze w warunkach domowych.

Przechodząc do schorzeń jelit, należy zaznaczyć, iż w tej dziedzinie zasadniczo nie uzyskano nowych danych, natomiast niektóre znane już sprawy uległy pewnej nowej ocenie.

Do najtrudniejszych zadań lekarza należy wczesne rozpoznanie raka jelit. U osobników starszych długotrwałe zaburzenia czynności jelit w sensie zaparcia lub biegunek winne zawsze budzić podejrzenie w kierunku schorzenia nowotworowego. To samo dotyczy osobników w 3-im i 4-ym dziesiątku życia. Są to dane naogół znane. Mimo to przypadki nowotworów jelit traktowane jako histerja lub neurastenja nie należą do rzadkości. Szczególnie łatwo może zajść pomyłka, jeżeli chorzy ci istotnie w młodości dotknięci byli cierpieniem nerwowem. Nawet w przypadkach, gdzie odnośne postępowanie dietetyczne osiąga pomyślne wyniki, należy nadal chorego badać w kierunku sprawy nowotworowej. Wreszcie należy zaznaczyć, iż cierpienia, zależne od wyrośli (polyposis) lub od uchyłków (diverticulosis) mogą iść w parze ze schorzeniem nowotworowem.

Ze schorzeń zakaźnych zwrócono ostatnio uwagę na czerwonkę pełzakowatą (dysenteria amoebica). Przy tem schorzeniu można stosować obok emetyny również yatren. Wiele uwagi poświęcono pierwotniakowi, bytującemu w dwunastnicy i jelitach, a mianowicie lamblia. Trudno rozstrzygnąć, czy lamblia jest przyczyną schorzeń czy tylko sprawą współistniejącą. W przypadkach zaburzeń na tle lambliasis pomyślnie działa neosalvarsan i przepłukiwania dwunastnicze izotonicznym roztworem gorzkiej soli.

Przedmiotem sprzecznych poglądów jest istota niestrawności gnilnej i fermentacyjnej. Według *Schmidta* są to schorzenia czynnościowe i należy je przeciwstawić nieżytom jelit cienkich i grubych. *Schmidt* uważa, iż przy niestrawności nigdy nie dochodzi do uszkodzeń ścianki jelita, jak to ma miejsce przy nieżytach. Zupełnie przeciwnego poglądu jest *Noorden,* który uważa, iż zarówno przy niestrawności jak i przy nieżycie istnieją zmiany zapalne ścianki jelitowej. Rodzaj niestrawności zależy od podłoża kałowego, nie zaś od właściwości drobnoustrojów.

Niestrawność fermentacyjną można zamienić na niestrawność gnilną stosując odnośne pożywienie. Istnieje również możliwość odwrotnej

zamiany. W pewnych warunkach można nieżyt fermentacyjny usunąć za pomocą właśnie składników, zdolnych do fermentacji, co zdawałoby się jest sprzeczne z rozważaniami teoretycznemi. Nie zawsze udaje się przeobrazić nieżyt gnilny w nieżyt fermentacyjny. Przyczyna tego niepowodzenia zależy od tego, iż często nie można wykluczyć gnilnych ciał w obrębie jelit.

W przypadkach takich punktem wyjścia dla spraw gnilnych są masy śluzowe zalegające w jelitach. Również w przypadkach zalegania poniżej zwężeń jelitowych objawy nieżytu gnilnego są nie do opanowania. Ciekawym zespołem jest obraz nieżytu gnilnego przy bezwładzie jelitowym. Mimo zalegania mas kałowych występuje wówczas biegunka. Biegunki powstają z powodu przesuwania się mas gnilnych obok zalegających mas kałowych. Pozornie ma się wówczas obraz biegunki, istotnie trwa wówczas zaparcie. Powyższy zespół biegunek przy rzeczywistem zaparciu obejmujemy nazwą „diarrhoea paradoxa". Leczenie powyższego stanu polega na usuwaniu bezwładu jelit.

Wreszcie należy wspomnieć, iż postępowanie przeciwzapalne, oparte na pożywieniu bezsolnem daje dalsze wyniki przy nieżytach jelitowych. Czasem pożywienie cukrowe pomyślnie wpływa na nieżyty jelit. Nawet w przypadkach niestrawności fermentacyjnej osiągano świetne wyniki za pomocą pożywienia cukrowo-owocowego. Wprawdzie na początku może nastąpić obostrzenie sprawy chorobowej z silnemi biegunkami i wzdęciami, jednak powyższe, niepożądane objawy szybko mijają. Stosowanie djety cukrowo-owocowej idzie w parze ze stosowaniem djety bezsolnej. Takie postępowanie hamuje rozwój drobnoustrojów, zaś brak Na w pożywieniu wywiera swoisty wpływ przeciwzapalny. Błonnik, zawarty w owocach, wbrew oczekiwaniom zazwyczaj nie szkodzi. Dowodem nieszkodliwości błonnika jest djeta według *Moro,* który stosuje roztarte, surowe jabłka w przebiegu różnych biegunek u dzieci.

Na zakończenie należy zaznaczyć, iż naczelnem zadaniem lekarza-gastrologa jest należyte opanowanie sztuki dietetycznej, co przynosi często niespodziewanie dobre wyniki.

Streszczenie.

Istotne zasługi położyli dla rozwoju gastrologji ci badacze, którzy pracę swą oparli na szerszych podstawach ogólnych. Wywiad jest podstawą rozpoznania i leczenia. Kwasotę żołądka należy badać za pomocą próbnego śniadania Ewald'a i próbnego obiadu Riegel'a. Podwójne badanie jest konieczne ze wzgęldu na możliwość heterochylji. Stopień znoszenia różnych pokarmów przez chorych jest trudny do przewidzenia zwłaszcza u chorych z nadkwaśnością. Pożywienie cukrowo-owocowe, które pomyślnie działa przy nadkwaśności, pobudza czynność żołądka.

Należy unikać potraw płynnych i papkowatych, które zbyt szybko omijają jamę ustną. Przy postępowaniu dietetycznem należy zwrócić uwagę na łączenie składników pokarmowych. Wyłączna jednolita dieta cukrowo-owocowa działa zapierająco. Przy nadkwaśności nie można łączyć mięsa z potrawami mącznemi. Badanie rentgenowskie jest miarodajne jedynie w przypadkach stwierdzenia nadmiernego zalegania. Jednostajne pożywienie wywołuje szkodliwe następstwa. Dieta papkowata prowadzi do przewagi zasadowej w ustroju. Brak łaknienia zwalczamy za pomocą dni głodówkowych i śniadań cukrowych. Między poziomem cukru we krwi a czynnością żołądka istnieje zależność odwrotnie proporcjonalna. Nieżyty żołądka należy leczyć za pomocą postępowania przeciwzapalnego, które polega na stosowaniu diety bezsolnej. Następstwem pożywienia bezsolnego jest przewaga jonów Ca. Leczenie alkaljami i leczenie bodźcowe są bezskuteczne. Leczenie następcze winno być przeprowadzone w warunkach domowych. Dużej wytrwałości wymaga ustalenie rozpoznania raka jelit. Przy lambliasis stosuje się neosalvarsan i przepłukiwania dwunastnicze roztworem gorzkiej soli. Przy niestrawności gnilnej i fermentacyjnej wskazanem jest pożywienie cukrowo-owocowe i bezsolne. Objawy nieżytu gnilnego przy diarrhoe paradoxa mijają po opanowaniu niedowładu jelit. Zawartość błonnika nie wywiera wpływu szkodliwego. Przy nieżytach jelitowych skutecznie działa postępowanie przeciwzapalne za pomocą diety bezsolnej.

Podał Dr. S. LIEBESKIND.

Z oddziału ginekologicznego Szpitala Kasy Chorych w Łodzi
im. Prez. Mościckiego
Kierowik Dr. K. Gawroński.

O WYŁYŻECZKOWANIU JAMY MACICY W ZNIECZULENIU MIEJSCOWEM.

Problem, który poruszam, nie jest bynajmniej ani nowy, ani rewelacyjny. Pisano już w tej sprawie wiele i to zarówno w zagranicznem piśmiennictwie fachowem, jak i w polskiem (Ceylin — Ginekologja Polska 1928 t. VII. z X-XII; Loebel — Ginekologja Polska 1930 t. IX. z. VII-IX. i t. d.). Podano metodę, zestawiono dane statystyczne, podkreślono doskonałe wyniki. Co więcej metoda, w tej czy innej odmianie, znalazła zagranicą od lat już jaknajszersze zastosowanie. Można

śmiało powiedzieć, że dzisiaj nie wykonywa się tam prawie zupełnie wyłyżeczkowania jamy macicy „na żywo" bez znieczulenia miejscowego, czy też ogólnego. A u nas jakże inaczej przedstawia się ta sprawa! Olbrzymia większość lekarzy, i to zarówno klinicznych jak i wolnopraktykujących, zajmuje w tej kwestji stanowisko dziwnie konserwatywne i zacofane. Wykonywują wyłyżeczkowanie bez jakiegokolwiek znieczulenia, nie licząc się z tem, że rozszerzenie kanału szyi, jak i skrobanie śluzówki macicy, wywołuje przecież uczucie silnego i ostrego bólu. Dlaczego więc nie oszczędzić chorej tego bezcelowego cierpienia, zwłaszcza, gdy można zrobić to bez najmniejszej dla niej krzywdy. Konserwatyzm ten jest tem dziwniejszy i mniej zrozumiały, że panuje w czasie, kiedy w chirurgji ogólnej toczy się prawdziwy wyścig metod i środków, zmierzających do udoskonalenia znieczulenia miejscowego czy też ogólnego.

Dziś, pisząc o znieczuleniu miejscowem przy wyłyżeczkowaniu jamy macicy, chciałbym z całym naciskiem podkreślić, że wykonanie znieczulenia jest zabiegiem prostym, łatwym, a przedewszystkiem na żadne niebezpieczeństwo chorej nie narażającym. Należy tylko zerwać z niczem nieusprawiedliwionym konserwatyzmem w tej sprawie — i spróbować! A muszę zaryzykować twierdzenie, że kto raz wykonał skrobanie w znieczuleniu miejscowem, ten z tej metody więcej nie zrezygnuje.

A teraz do rzeczy.

Założeniem metody jest zablokowanie za pomocą jakiegokolwiek środka znieczulającego ganglion cervicale, pochodzącego ze splotu Frankenhausera i leżącego w pobliżu szyi macicy na wysokości ujścia wewnętrznego, poniżej i nieco ku tyłowi od miejsca skrzyżowania tętnicy macicznej z moczowodem.

W wykonaniu znieczulenia wzorowaliśmy się w zasadzie na technice, opisanej przez Gellerta (używa on igły dość grubej, wkłuwa ją na 2 cm. głęboko, stwierdza za pomocą cofnięcia tłoczka strzykawki, względnie przez zdjęcie strzykawki, czy koniec igły nie znajduje się w naczyniu krwionośnem, i dopiero wówczas wstrzykuje płyn znieczulający), z tą tylko różnicą, że używamy igły cienkiej, długiej i giętkiej i już od momentu wkłucia jej w śluzówkę wstrzykujemy płyn znieczulający i wprowadzamy ją na głębokość 2—3 cm. Postępowanie takie, analogiczne zresztą do metody znieczulania naciekowego stosowanego w chirurgji ogólnej, wyklucza możliwość nakłucia naczynia, ponieważ poprzedzający koniec igły strumień płynu usuwa napotkane ewentualnie naczynie na bok. Igłę wkłuwamy w sklepienie boczne tuż przy szyi i kierujemy ją ku tyłowi. Podczas wstrzykiwania nie natrafiamy na żaden opór, ponieważ płyn powinien się przecież dostać do luźnej tkanki przymacicza. Po zastrzyku czekamy 3—5 minut.

Do znieczulenia używamy 1% roztworu Nocainy Klawe z dodatkiem Epireniny, wstrzykując zwykle po 5 cc. (a tylko wyjątkowo u specjalnie silnych chorych po 10 cc.) tego roztworu w oba przymacicza boczne. Ampułki 1% Nocainy z dodatkiem Epireniny po 10 cc. są gotowe do nabycia, dzięki czemu nie musimy sami przygotowywać roztworu płynu znieczulającego.

Znieczulenie miejscowe stosujemy przy skrobaniach jamy macicy, wykonywanych z jakiegokolwiek powodu, a więc ze względów rozpoznawczych, leczniczych i jako przerwanie ciąży.

Przeciwwskazaniem do znieczulenia są tylko stany zapalne przymacicza i przydatków, o ile, oczywiście, już same te schorzenia nie stanowią przeciwwskazania do wykonania zabiegu. Powikłań, wywołanych znieczuleniem, nigdy nie zauważyliśmy.

Wyniki, osiągnięte tą metodą, są rzeczywiście doskonałe. Uzyskujemy zupełne znieczulenie nawet u osób wysoce wrażliwych. Rozszerzenie kanału szyi macicy odbywa się bez porównania łatwiej z powodu zwiotczenia muskulatury szyi, przyczem jednakże charakterystyczny opór ujścia wewnętrznego wyczuwa się zawsze zupełnie dokładnie. Krwawienie jest dużo mniejsze z powodu wzmożenia kurczliwości mięśnia macicy, występującego jako objaw wybitnej samorządności funkcji macicy nawet po przerwaniu, względnie zablokowaniu przewodnictwa nerwowego z układem centralnym. Wszystko to powoduje, że skrobanie wykonywuje się w zupełnym spokoju, a przez to pewniej i prędzej.

I dlatego metoda ta zasługuje na jaknajszersze rozpowszechnienie.

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

I. SZABO. *Nasze doświadczenia nad perkainą.* (W. Kl. W. Nr. 13. 1934).

Znieczulenie miejscowe ma tę przewagę nad ogólną narkozą, że wstrząs pooperacyjny ujawnia się tu znacznie słabiej oraz że kwasica pooperacyjna uwydatnia się mniej wyraźnie. Doskonały środek do znieczulenia miejscowego musi odpowiadać następującym warunkom: Dawka kliniczna winna przy małej toksyczności wykazywać pełne działanie t. zn. że między kliniczną a toksyczną dawką powinna być znaczna różnica. Znieczulające działanie winno trwać dostatecznie długo, by nawet więcej czasu zajmujące zabiegi można było wykonywać bez dodatkowego wstrzykiwania środka znieczulającego. Znieczulenie winno dotyczyć zarówno warstw powierzchownych (śluzówki, maziówka, otrzewna)

jak i głębiej położonych. Środek znieczulający powinien rozpuszczać się w wodzie, nie rozkładać się przy sterylizacji, być trwałym i nie ulegać rozkładowi przy dłuższym staniu, mieć pewne działanie bakterjobójcze, nie drażnić tkanek, nie powodować żadnych bólów po przeminięciu okresu znieczulenia, nie wywoływać pooperacyjnych neuralgji, wreszcie nie powinny tworzyć się bolesne nacieki w miejscach wstrzyknięcia. Niemal wszystkim tym wymaganiom odpowiada wykryta przez *Einhorn'a* novokaina; braki i ujemne strony znieczulenia novokainowego zależą nie tyle od właściwości tego preparatu, ile od niewłaściwego stosowania rozłożonego i niejałowego roztworu oraz od innych błędów technicznych. Novokaina naogół daje zbyt krótkotrwałe znieczulenie, towarzyszące znieczuleniu zaburzenia naczynioruchowe sprzyjają atonji jelit, co nie jest obojętnem zwłaszcza przy zabiegu w obrębie jamy brzusznej, nieopatrzne wstrzyknięcie do żyły może spowodować w krótkim czasie zgon, podstawową jednak wadą novokainy jest niemożność uzyskania znieczulenia powierzchownego oraz względna toksyczność dla kobiet i dzieci. Ze wszystkich dotychczas stosowanych środków do znieczulenia miejscowego najlepszą jest zdaniem autora perkaina „Ciba". Autor opiera się na spostrzeżeniach, uzyskanych w 2500 większych lub mniejszych zabiegach operacyjnych, dokonanych przy znieczuleniu perkainą. Perkaina jest pochodną chinolinową, jej działanie znieczulające w największem nawet rozcieńczeniu jest znaczne i przewyższa pod tym względem wszystkie inne środki znieczulające. W rozcieńczeniu 1.120.000 można wykazać działanie perkainy na rogówce. Czas działania znieczulenia jest także znacznie dłuższy od działania novokainy i trwa od 8—10 godzin. Znieczulenie ustępuje powoli, prawie że niepostrzeżenie, samo wstrzyknięcie jest niebolesne, nie uszkadza tkanek i nie wpływa ujemnie na proces gojenia. Ze względu na powolne wchłanianie się perkainy można ją stosować w postaci okładów, maści i zasypywania przy rozległych oparzeniach skóry, można ją także podawać do wewnątrz ze względu na nader nikłą toksyczność. Jako pochodna chinolinowa, zbliżona składem chemicznym do rucyny i eucupiny stanowi perkaina łagodny środek antyseptyczny, hamujący rozwój drobnoustrojów. Perkaina występuje w postaci bezbarwnych kryształków, łatwo rozpuszczalnych w wodzie, nie rozkłada się pod wpływem ogrzewania, zmieszana z adrenaliną nie ulega rozszczepieniu. Perkaina nie powoduje żadnych przykrych objawów ubocznych; jest ona wprawdzie 2 razy bardziej toksyczna od kokainy, jednak 10 krotnie silniejsza w działaniu, ze względu na to względna jej toksyczność jest znacznie mniejsza. Dawka kliniczna wynosi 0,2 gr., w roztworze $\frac{1}{2}\,^0/_{00}$ można jej użyć 400 cm^3, w roztworze $1\,^0/_{00}$ — 150 cm^5, w roztworze $2\,^0/_{00}$ — 50 cm^3. Autor stosuje przeważnie roztwór $1\,^0/_{00}$, przyczem działanie znieczulające ujawnia się po 10 — 15 minutach. Na 5000 dokonanych znieczuleń zaledwie w jed-

nym wystąpiły po perkainie lekkie objawy zatrucia w postaci podniecenia, przyśpieszenia oddechu i krótkotrwałych drgawek.

——:o:——

G. NOBL. *O zachowawczem leczeniu żylaków* (W. Kl. Woch. Nr. 11, 1931).

W zachowawczem leczeniu żylaków dominującą rolę odgrywają metody, mające na celu wywołanie zakrzepu w obrębie danego odcinka żylnego. Dodatni wynik zależy tu w pierwszym rzędzie od stopnia uszkodzenia śródbłonka naczyniowego, mocy zastosowanego środka i czasu jego działania na ścianę naczyniową. Celem umożliwienia jaknajbardziej bezpośredniego kontaktu zastosowanego roztworu ze ścianą naczynia żylnego celowem jest założenie węża gumowego, dzięki czemu uzyskać można niemal całkowite opróżnienie żyły z krwi. Jednym z łagodniejszych środków, doprowadzających w 30—40% przypadków do obliteracji żyły jest chromowana 30-stopniowa gliceryna oraz cukier gronowy, którego optymalne stężenie wynosi 66%. Dobre wyniki daje całkowicie jałowa kaloroza, która w 50—60% roztworze w 75 — 85% przyp. wywołuje dość silne odczyny śródbłonkowe. Jeszcze lepszym zgodnie z doświadczeniami *Linsera* jest 20—30% roztwór soli kuchennej, przyczem zaledwie w 10% przyp. nie uzyskiwano pożądanych wyników. Ilość zastrzyków nie da się nigdy zgóry określić; niekiedy wystarcza dziesięć, niekiedy zaś należy wykonać więcej zastrzyków. Przerwy pomiędzy zastrzykami winny wynosić parę dni. leczenie należy przeprowadzać ambulatoryjnie, chorzy winni unikać niepotrzebnego leżenia w łóżku.

——:o:——

M. WEINBERGER. *W sprawie rozpoznawania i leczenia ropnia i zgorzeli płuc.* (W. Kl. Woch. Nr. 10/1934).

W przebiegu zapalenia płuc większe lub mniejsze odcinki tkanki płucnej mogą ulec martwicy i rozpadowi z wytworzeniem jam; jeżeli w procesie tym biorą udział bakterje ropotwórcze powstaje ropień płucny, przy działaniu drobnoustrojów gnilnych wytwarza się zgorzel płuca. Ropień powstać także może na drodze bronchogennej wskutek przejścia ropnej sprawy zapalnej z oskrzeli na miąższ płucny lub też wskutek aspiracji zakaźnych cząstek. Pozatem ropień zależnym być może od zranienia płuca lub też być wynikiem zatoru zakażonego. Zródło zatoru stanowią najczęściej ropne stany zapalne skóry, zapalenie szpiku kostnego i zakażenia połogowe. Zgorzel płuca może być zejściem zapalenia płuc lub też wynikiem aspiracji bakterji gnilnych. Przebieg choroby

ropnia i zgorzeli płuc jest odmienny i zależy od stopnia szerzenia się sprawy chorobowej, jadowitości zarazka i sił odpornych ustroju. Obydwie te sprawy chorobowe często prowadzą do śmierci wskutek przebicia do opłucnej z wytworzeniem ropniaka lub też przebicia do oskrzela z wytworzeniem ognisk zapalnych w zdrowych częściach płuc, niekiedy przerzutów ropnych do innych narządów drogą zatoru lub też wskutek zatrucia i niedomogi serca. Niekorzystne są liczne drobne ropnie, które wykluczają interwencję chirurgiczną; najlepiej kształtuje się los chorych z pojedyńczym, dużym nawet ropniem, gdyż wchodzi tu w grę samowyleczenie drogą odkrztuszenia ewentualnie zabieg chirurgiczny. Wyleczenie po resorbcji ognisk martwiczych następuje na drodze zabliźnienia łącznotkankowego w razie istnienia drobnych ognisk; przy większych ogniskach pozostaje jama, pokrywająca się świeżym nabłonkiem i nie wytwarzająca wydzieliny. Ropień płucny cechuje się klinicznie odpluwaniem ropnej plwociny, zawierającej włókna elastyczne, wysoką ciepłotą, zwiększeniem ilości leukocytów we krwi z przesunięciem w lewo. Rentgen wykazuje zwykle obecność jamy z poziomem płynu. Odróżnienie ropnia od zgorzeli jest niekiedy b. trudne. Cuchnąca plwocina, brak w plwocinie włókien elastycznych przemawiają na korzyść sprawy zgorzelinowej. Leczenie ropnia i zgorzeli płuc przy braku objawów ogólnych należy do internisty. Leczenie odmą sztuczną jest zdaniem autora przeciwwskazane, gdyż doprowadzić może do zakażenia opłucnej i wytworzenia ropniaka, który może być ostatnim ciosem dla wyczerpanego ustroju. Należy unikać nakłuć próbnych, gdyż doprowadzić one mogą do zakażenia jamy opłucnowej. O ile sprawa chorobowa nie postępuje i stan ogólny chorego jest zadawalający można przez 6—7 tygodni leczyć środkami wewnętrznemi. Wchodzą tu w grę neosalwarsan, trypaflawina, urotropina dożylnie, transpulmina domięśniowo, ograniczenie płynów i soli kuchennej, dożylne lub domięśniowe zastrzykiwanie soli wapnia. Ostatnio *Liebesny, Schliephake, Stichöck* i inni polecają leczenie krótkiemi falami i podają, że otrzymywali nader zachęcające wyniki. Jeżeli po 8 tygodniach leczenie wewnętrzne zawodzi, wchodzi w grę leczenie chirurgiczne, które w licznych przypadkach, jak to wynika z prac *Clairmont'a, Denk'a i Ranzi'ego* prowadzi do całkowitego wyleczenia. Zabieg operacyjny winien być poprzedzony dokładną lokalizacją jamy.

——:o:——

K. KOFLER. *O kojarzeniu urotropiny z wapniem w schorzeniach górnych dróg oddechowych.* (W. Kl. Wchschr. Nr. 10, 1934).

Autor od lat dziesięciu stosuje w schorzeniach górnych dróg od-

dechowych, będących wynikiem przebytej sprawy grypowej z doskonałymi rezultatami połączenie wapnia z urotropiną, wprowadzone do lecznictwa pod nazwą „calcihyd“ przez *Schnirera*. Duża ilość leczonych tą metodą przypadków, działanie środka we wszystkich okresach schorzenia a zwłaszcza wyleczenie w przypadkach uporczywych, nie poprawiających się pod wpływem innych środków leczniczych stanowią dowód, że urotropina, której działanie ulega wzmożeniu dzięki obecności wapnia jest środkiem poniekąd swoistym w leczeniu grypy górnych dróg oddechowych Liczni autorzy przekonali się o znakomitem działaniu urotropiny w schorzeniach górnych dróg oddechowych; urotropina wydziela się przez drogi oddechowe, można ją wykazać w plwocinie, słusznie też *Chauffard* uważa ją za najlepszy środek antyseptyczny, podawany do wewnątrz. W schorzeniach górnych dróg oddechowych na tle grypowem chorzy uskarżają się na ogólne osłabienie, stany podgorączkowe, silne poty, bóle głowy i inne nerwobóle. Często towarzyszą schorzeniu bóle przy przełykaniu oraz suchy męczący kaszel, rzadziej zaburzenia w zakresie smaku i powonienia. Objektywnie stwierdza się nieznaczne zaczerwienienie i obrzęk śluzówki w obrębie górnych dróg oddechowych z wzmożonem wydzielaniem śluzu. W okresie tym w obrębie nosa stwierdza się często ropne zapalenie jam Highmore'a, któremu rentgenologicznie odpowiada zacienienie zatok. We wszystkich tego rodzaju przypadkach za wyjątkiem nielicznych tylko ropnych zapaleń zatok wszystkie objawy chorobowe ustępują pod wpływem leczenia wapniowo-urotropinowego.

Sprawy zapalne w obrębie zatok również znikają bez śladu, jedynie w przypadkach, w których utrudniony jest odpływ ropy wykonać należy drobny zabieg operacyjny. W 3 obserwowanych przez autora przypadkach znikły także pod wpływem tej metody leczniczej zaburzenia smaku i powonienia, podkreślić jednak należy, że trwały one względnie niedługo. Najlepiej podawać calcihyd w postaci tabletek lub roztworu, w zastrzykach stosuje w tych rzadkich przypadkach, w których podawanie doustne powoduje zaburzenia żołądkowo-jelitowe.

Dawka dzienna, ogólna ilość leku zależy od wieku, płci, stanu ogólnego chorego oraz od celu, jaki się zamierza osiągnąć. Dzieci otrzymują przeciętnie połowę dawki dorosłych, kobiety, które naogół znoszą gorzej urotropinę, otrzymują mniejsze dawki od mężczyzn. Zapobiegawczo w okresie epidemji grypowej podaje się trzy tabletki dziennie przez dłuższy czas, w przypadkach ostrych i podostrych dawki winny być większe niż w przypadkach przewlekłych. Największe dawki stosować należy w początkowym okresie schorzenia grypowego, gdy zależy nam na przerwaniu procesu chorobowego. Dzieciom podaje autor 3 tabletki dziennie, w podostrym i przewlekłym okresie grypy 4 — 6 tabletek, w początkowym okresie u dorosłych 8 — 12 tabletek i to tylko w ciągu dwóch dni. Ogólna ilość pełnej kuracji urotropinowo-wapniowej wynosiła dla dzieci 60 tabletek, dla dorosłych 80 — 100 tabletek. Przy stosowaniu calcihydu należy zwracać baczną uwagę na niepożądane objawy uboczne, zależne od urotropiny. Tolerancja na urotropinę jest różna i waha się od wybitnej idjosynkrazji, występującej naogół nader rzadko do znoszenia leku bez żadnych ujemnych następstw.

Naogół powiedzieć można, że calcihyd jest dobrze znoszony przez chorych; jeżeli nawet występują jakiekolwiek przykre objawy uboczne, cą one przelotne i znikają bez śladu niemal natychmiast po odstawieniu leku. Najczęściej spostrzegane objawy uboczne występują pod postacią zaburzeń w obrębie narządów moczowych oraz zaburzeń żołądkowo-jelitowych.

——:o:——

SCHREITER. *Dilaudid i jego zastosowanie przez lekarza - praktyka.* (Clejal Medical, 1933, Nr. 5).

Wskazania do stosowania dilaudidu pokrywają się ze wskazaniami do morfiny. Najlepsze wyniki osiągnąć można przy pomocy dilaudidu w kamicy nerek, gruźlicy nerek, katarze pęcherza moczowego z parciem i bolesnem oddawaniem moczu. W tych ostatnich zwłaszcza przypadkach znakomicie działają czopki z dilaudidem. Zgodnie z doświadczeniem autora dilaudid nie wywołuje euforji, celem ewentualnego zapobiegnięcia przyzwyczajenia do leku wskazane jest kojarzenie dilaudidu z atropiną (dilaudidi 0.002, atropini sulf. 0.0003). W jednym spostrzeganym przez autora przypadku wiądu rdzenia pod wpływem dilaudidu samopoczucie chorego znacznie się poprawiło.

——:o:——

E. BOHLER i M. REILES. *Wstrzykiwanie dożylne hipofizyny w przebiegu cięcia cesarskiego.* (Gynécologie et Obstétrique. Tome XXIX. Nr. 3, Mars 1934).

Autorzy operowali dawniej w ogólnej narkozie eterowej. Na 83 przypadki 19 było operowanych w uśpieniu eterowem. W tych 19 przypadkach w 23,5% po operacji wystąpiła atonja macicy z bardzo wielkiemi krwiotokami.

Krwiotoki usiłowano zwalczać wstrzykując ergotynę podskórnie w chwili przecinania powłok i przy przecinaniu macicy.

Nieraz masowano macicę przez powłoki; często tamponowano jamę macicy, wyciągając ją przez pochwę. Po 24 godzinach tampon wyjmowano. Kiedy nic nie pomagało in extremis usuwano macicę.

Później próbowano wstrzykiwać hipofizynę do mięśnia macicznego, ale tym sposobem nic nie uzyskano i nie można było uniknąć w zupełności nieprzyjemnych powikłań atonji i krwiotoku.

Wobec tych niemiłych powikłań po cięciu cesarskiem autorzy od 1929 roku zaczęli operować tylko w znieczuleniu lędźwiowem. Na 73 przypadki mieli tylko 8,2% krwiotoków z atonji. Jednakże ta metoda nie dawała im zupełnego zadowolenia, gdyż są przypadki, w których nie można stosować znieczulenia lędźwiowego, jak: u kobiet z niskiem ciśnieniem, (placenta praevia) otyłych, cierpiących na migreny, przy białkomoczu, często zaś bywają trudności techniczne u pacjentek ze zniekształceniami krzywiczemi.

Raz autorzy mieli wypadek śmierci na stole operacyjnym wskutek porażenia opuszkowego.

Wobec powyższego powrócili do narkozy eterowej, wstrzykując dożylnie hipofizynę podczas operacji. Z tą modyfikacją wykonano 40 cięć cesarskich i nie spostrzeżono ani jednego wypadku atonji z krwiotokiem. Jest to metoda zupełnie pewna. Autorzy postępują w następujący sposób: w chwili wytaczania główki dziecka wstrzykuje się pacjentce dożylnie hipofizynę, w przeciągu 8 — 10 sekund macica zaczyna się kurczyć.

Płód wyciąga się jeszcze przed ukończeniem zastrzyku. Rozciąganie trzonu macicy powino być powolne, aby skurcz macicy nastąpił po opróżnieniu jej jamy.

Należy tak postępować, aby się miało wrażenie, że macica sama wydala ciało dziecka. W ten sposób macica jest dobrze obkurczona i teraz bez zwłoki przystąpimy do wyciskania łożyska, o ile nie wydostało się razem z dzieckiem, co zdarza się często.

Po obejrzeniu łożyska (o ile nie jest całe) kontrolujemy jamę macicy 2, albo 3 palcami.

Ilość krwi straconej jest minimalna, czasem żadna.

Metoda ta jest pewna i może być polecona.

Dr. Halina Szenicerówna

——:o:——

M. LOUTSH I MERIGOT. *Czy należy operować w przypadku pneumokokowego zapalenia otrzewnej?* (La Presse Médicale. Nr. 26. 1934 r.

Autorzy obserwowali sporą ilość przypadków pneumokokowego zapalenia otrzewnej; wszystkie te przypadki poddane były zabiegowi operacyjnemu. Śmiertelność wynosiła 40%.

Zdaniem większości autorów tego rodzaju przypadki nie powinny być operowane w początku swego powstania. Niezmiernie jednak trudno jest odróżnić zapalenie pneumokokowe od zapalenia na tle zmian w wyrostku robaczkowym, niema żadnych charakterystycznych cech, któreby w pierwszych dniach pozwoliły nam te dwie sprawy zróżnicować. Autor więc jest zdania, że w takich wątpliwych przypadkach należy dokonać laparatomji, gdyż znacznie więcej ryzykujemy, zostawiając zmieniony zapalnie wyrostek bez interwencji chirurgicznej, zwłaszcza, że śmiertelność operowanych zapaleń pneumokokowych nie jest naogół większa niż nieoperowanych. Autor radzi w przypadkach wątpliwych dokonać nacięcia w dole biodrowym prawym i, stwierdziwszy brak zmian w wyrostku, założyć dren do jamy Douglasa.

Dr. Irena Grodzieńska.

——:o:——

P. COURMONT, J. GATE, P. J. MICHEL. *Bakterjemja gruźlicza a gruźlica skóry.* (La Presse Médicale. Nr. 25/1934 r.).

W przypadkach gruźlicy skórnej posiewy ze krwi metodą *Loewensteina* dają zazwyczaj różne wyniki u różnych badaczy.

Autorzy przeprowadzali własne badania w tym kierunku i na 15 skontrolowanych przypadków w 8-u udało się wyhodować prątki Kocha ze krwi, w 7-u zaś wynik był ujemny.

Z badań autorów wynika, że bakterjemja jest o wiele częstsza w przypadkach lupus erythematosus niż w przypadkach lupus vulgaris, co jest zgodne z tem, że to ostatnie schorzenie ma charakter bardziej miejscowy.

Również udało się wyhodować prątki Kocha ze krwi w przypadkach erythema nodosum i erythema induratum.

Także w przypadku łuszczycy skóry znaleziono bakterjemję gruźliczą, co zwraca uwagę na związek między łuszczycą a gruźlicą.

Odchylenie dopełniacza, badane przez autorów w 13 przypadkach, w 10 wypadło ujemnie. Z 3 przypadków z wynikiem dodatnim — jeden jest to przypadek lupus erythematosus, drugi — erythema induratum (w obydwóch posiew ze krwi dodatni) i trzeci — lupus vulgaris (posiew ze krwi ujemny).

Odczyn Vernes'a z rezorcyną badany w 5 przypadkach w 2 wypadł dodatnio. Autorzy podkreślają niestałość tego odczynu w gruźlicy skórnej.

Aglutynacja wypadła słabo albo zupełnie ujemnie w przypadkach, w których posiew ze krwi dał wynik dodatni, i odwrotnie — w przypadkach, gdzie we krwi nie wychodowano bakteryj — wypadła dodatnio.

Dr. Irena Grodzieńska.

——:o:——

M. EARDLEY HOLLAND. *Przerzut raka barwikowego z matki na płód drogą przez łożysko.* (Gynécologie et Obstétrique. Tome XXVIII, Année 1933. Nr. 4, Octobre).

W dwa tygodnie przed rozwiązaniem zgłosiła się do autora pacjentka, kobieta 20-letnia, pierwiastka. Przechodziła ona dwie operacje. A mianowicie pierwszy raz operowano ją z powodu guza barwikowego na udzie; guz ten usunięto, po dwóch miesiącach jednak nastąpił nawrót miejscowy. Wykonano więc powtórnie zabieg operacyjny wycinając zmienioną skórę wraz z gruczołami pachwinowymi, które były

znacznie powiększone. W dwa miesiące po ostatniej operacji zaszła w ciążę. Obecnie czuje się bardzo źle. Przy badaniu spostrzeżono znaczną liczbę małych guzków barwikowych na skórze brzucha, klatki piersiowej i szyi.

Płód żył. Dolny odcinek macicy był wypełniony miękką masą, (łożyskiem), która przeszkadzała ustaleniu się główki. Chorą rozwiązano przez klasyczne cięcie cesarskie.

Dziecko żyło i było zdrowe.

Łożysko było bardzo duże, było zabarwione na czarno i zajmowało dolny odcinek. Na otrzewnej widać było wielką liczbę guzków przerzutowych.

Pacjentka wyzdrowiała bardzo szybko po operacji, ale po dwóch miesiącach zmarła z powodu raka.

Dziecko było zupełnie zdrowe przez 8 mies. życia, wkrótce jednak wystąpiło charłactwo, powiększenie wątroby i liczne guzki barwikowe na skórze uda. Dziecko umarło mając 10 miesięcy. Na sekcji stwierdzono przerzuty nowotworu.

Dr. H. Szenicerówna.

——:o:——

J. A. CHAVANY. *Przyczynek do badań nad powikłaniami nerwowemi przy stosowaniu leczenia złotem.* (La Presse Médicale Nr. 24/1934).

Pośród licznych powikłań, towarzyszących leczeniu złotem, powikłania nerwowe wspominane są dość rzadko. Niektóre z nich dają ciężkie objawy bólowe. Inne przedstawiają się pod postacią bólów głowy i krzyża oraz podniesienia ciepłoty, czyli objawów, przypominających grypę (t. zw. grypa złotowa). Często objawy bólowe robią wrażenie bólów gośćcowych lub istotnego nerwobólu. Opisywano również przypadek zapalenia wielonerwowego z utrudnieniem ruchów, zmianami w odruchach i następczemi zanikami mięśniowemi.

Autor opisuje chorego, u którego po pewnej liczbie wstrzyknięć złota, dawanego w dawkach umiarkowanych i których ogólna ilość była o wiele niższa od średniej dawki toksycznej, wystąpiły gwałtowne bóle rozlane, obejmujące wszystkie członki, niepokój zwłaszcza wieczorem i w nocy, drżenie włókienkowe wszystkich mięśni z wyjątkiem mięśni głowy i zaburzenia w układzie wegetatywnym, zaznaczające się przez nadmierne wydzielanie potu, zwłaszcza w obrębie kończyn. Przy tym zespole zaznaczał się prawie zupełny brak przedmiotowych objawów uszkodzenia układu nerwowego. Dla wytłomaczenia tych wszystkich powikłań powstały trzy teorje: intoksykacji, nietolerancji i biotropizmu. Najstarsza ze wszystkich teorja intoksykacji tłomaczy te objawy uszkodzeniem ośrodków nerwowych przez metal, który działa tu trująco.

Nietolerancja powstaje skutkiem skłonności konstytucjonalnej (niedomoga wątroby, zaburzenia w układzie wegetatywnym). Nierzadko w powstaniu tych powikłań intoksykacja współdziała z nietolerancją.

Trzecia teorja — biotropizmu opiera się na hipotezie, popieranej przez *Miliana*, że wprowadzenie do ustroju czynników chemicznych powoduje czasem wzmożenie jadowitości zarazków. Tym aktywowanym zarazkiem może być zarazek, wywołujący chorobę, którą się właśnie leczy.

Dr. Irena Grodzieńska.

——:o:——

L. MORQUIO. *Rumień guzowaty i gruźlica.* (La Presse Médicale. Nr. 21/1934 r.).

Rumień guzowaty jest schorzeniem odrębnem, analogicznem do innych chorób wysypkowych. Rozróżniamy w jego przebiegu okres wysypki, łuszczenia i zdrowienia.

W zdrowieniu tem płeć odgrywa małą rolę, większą zaś wiek, mianowicie najwięcej przypadków zachorowania widzimy w wieku 8 — 15 lat, w I-ym roku życia nie widzimy ich wcale.

Choroba ta występuje zazwyczaj okresowo, najczęściej w grudniu i styczniu.

Ważnem zagadnieniem jest związek między rumieniem guzowatym a gruźlicą.

Przy badaniu objektywnem dziecka z rumieniem guzowatym możemy niejednokrotnie stwierdzić stan ogólny zupełnie dobry i brak jakichkolwiek zmian w płucach, innym znów razem stwierdzamy objawy toczącego się procesu gruźliczego czy to w postaci zmian kostnostawowych, rogówkowo-spojówkowych, w gruczołach tchawiczo-oskrzelowych, pod postacią zołzów lub wreszcie w postaci zmian płucnych i opłucnowych.

Ciekawe są przypadki dzieci, badanych przed wystąpieniem rumienia guzowatego, u których odczyn tuberkulinowy stale wypadał ujemnie, zaś z chwilą zjawienia się rumienia guzowatego nagle stawał się dodatni.

W czasie przebywania tej choroby odczyn jest stale dodatni; autor na 58 badanych przypadków ani razu nie spotkał odczynu ujemnego, przytem często jest on nietylko miejscowy ale i ogólny pod postacią gorączki, bólów mięśniowych i stawowych. Dzięki badaniu roentgenowskiemu płuc przed i w czasie trwania rumienia guzowatego, możemy stwierdzić, że choroba ta uczynnia proces gruźliczy, jeśli już przedtem istniał, i daje odczyn zapalny serowato-włóknisty dokoła ogniska płucnego lub wnękowego.

Dla tem pewniejszego stwierdzenia związku między rumieniem guzowatym a gruźlicą zaczęto szukać prątków Kocha w guzkach skórnych i otrzymano wynik dodatni; również *Hildebrandt* w 1917 r. wykazał w okresie wysypki obecność prątków we krwi. W ostatnich czasach zaczęto szukać u chorych na rumień guzowaty prątków Kocha również w treści żołądkowej, co się w wielu wypadkach udało. A teraz zachodzi pytanie: jeśli rumień guzowaty jest pochodzenia gruźliczego, w jaki sposób prątki Kocha doprowadzają do wytworzenia wykwitów skórnych. Jedni autorzy uważają, że mamy tu do czynienia z posocznicą, inni, że działają tu nie prątki, a tuberkulina; ostatnio zaś przypisujemy główną rolę przesączalnym odmianom prątka Kocha t. zw. virus filtrans.

Dr. Irena Grodzieńska.

——:o:——

NOTATKI TERAPEUTYCZNE.

I. O NOWYM LEKU WYKRZTUŚNYM.

Polegając na pogłębianiu oddechu za pomocą koraminy, a także na wykrztuśnem działaniu rodanków, udało się z obu tych czynników utworzyć nowy środek, nadający się do traktowania cierpień dróg oddechowych, Calcio-Coraminę, związek podwójny w formie stałej, krystalicznej. Znajduje się on w obiegu w tabletkach po 0,4; zalecany bywa w dawkach po 2 tabletki 3 razy dziennie.

Cserna zauważył nadzwyczajne rozrzedzanie plwociny w przewlekłem zapaleniu oskrzeli, idącem w parze z rozedmą. Równolegle z polepszeniem stanu ogólnego ustawało pobudzanie kaszlowe bez potrzeby uciekania się do leków odurzających. Poprawa łaknienia, a niepowodowanie żadnych zaburzeń w narządach trawiennych wobec wykrztuszania luźnej plwociny przyczynia się do rychłego powrotu zdrowia, wyrażającego się w pierwszym rzędzie w ustaniu duszności i poprawie krwiobiegu, uregulowaniu tętna a zatem też w nabieraniu świeżego wyglądu chorych .Nadmierne ciśnienie krwi nie zmienia się, a w przypadkach podciśnienia obserwowano umiarkowane zwiększenie takowego.

Główne pole stosowania Calcio-Coraminy stanowią przypadki zakaźnych i przewlekłych schorzeń dróg oddechowych, zapalenie oskrzeli, choroby serca z objawami zastoinowymi w małem krążeniu i dychawica oskrzelowa.

II. SPOSTRZEŻENIA NAD DZIAŁANIEM PERPARYNY.

Z oddz. chorób wewn. ewangelickiego szpit. Św. Jana w Łodzi.
Kierownik: *Dr. Stanisław Klukow.*

Po szczegółowem omówieniu chemicznych i farmakologicznych własności papaweryny i perparyny, autor omawia wyniki własnych spostrzeżeń.

Autor wypróbował perparynę na materjale żołądkowo-jelitowym oraz wątrobowym w praktyce prywatnej oraz na oddziale w szpitalu Św. Jana.

Dawki stosowane przez autora były zwykle następujące: trzy razy dziennie po 1—2 tabletek, względnie 1—3 razy dziennie po 1 zastrzyknięciu 2 cm^3 (0,04). Przy kamicy żółciowej autor bardzo chętnie stosuje regularnie 3 razy dziennie zastrzyknięcia po 1 do 2 ampułek perparyny (0,04—0,08) przez jeden do kilku dni, poczem później przechodzi na tabletki. Podczas silnych bólów kurczowych, Klukow daje odrazu perparynę podskórnie po 0,08, czyli 2 ampułki (4 cm^3) względnie dożylnie od 0,04 do 0,08, czyli 1—2 ampułek, samą lub w 5 cm^3 10% glukozy.

Klukow stosował perparynę w następujących schorzeniach: nieżyt żołądka, wrzód żołądka i dwunastnicy, kurcz odźwiernika w połączeniu z owrzodzeniem żołądka, nieżyt okrężnicy ostry i przewlekły, kamica żółciowa, zapalenie i inne schorzenia woreczka żółciowego, stany angiospastyczne, angina piersiowa, kamica nerkowa, — w postaci tabletek, zastrzyknięć i czopków. Żadnych ujemnych ani toksycznych objawów autor nie obserwował ani razu. Perparyna nigdy nie zawodziła nawet w tych przypadkach, w których uprzednio stosowano bezskutecznie papawerynę względnie eupawerynę.

Również chętnie stosuje Klukow perparynę jako część składową leków złożonych, zamiast papaweryny. Przy kwaśnym nieżycie żołądka z bólami, działanie perparyny jest niezawodne w połączeniu z małemi dawkami alkalicznego proszku. Również przy ostrych zapalnych stanach jelitowych, perparyna działa znacznie silniej od papaweryny, względnie eupaweryny. Przy nadciśnieniu tętniczem perparyna tylko przejściowo obniża ciśnienie krwi, ale działa dwa razy dłużej od papaweryny, co zgadza się z obserwacją J. Pala.

W ostatnim czasie Klukow bardzo dużo stosuje perparynę w połączeniu z również dobrym preparatem atropinowym — nowatropiną i odnosi wrażenie, że to połączenie znacznie jeszcze wzmaga działanie przeciwkurczowe perparyny.

III. Na posiedzeniu Lekarskiego Towarzystwa Wiedeńskiego Dr. I. Wilder przedstawił przypadek, dotyczący neuralgji nerwu trójdzielnego (neuralgia nerv. trigemini) oraz kurczu w prawej łydce. Różne sposoby lecznicze, stosowane w danym przypadku, nie odniosły pożądanego skutku. We krwi poziom kwasu moczowego lekko wzmożony. Zastosowanie diety bezmięsnej oraz Uricediny usunęło w ciągu kilku dni dolegliwości, które trwały dłuższy okres czasu. Podawanie mięsa pogorszyło sprawę chorobową.

TREŚĆ:

□ □ □

REDAKTOR:
w/z Dr. Med. Aleksander Kiciński

ADRES REDAKCJI:
Al. Ujazdowskie 34 tel. 9.67-75

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 2.11-55

Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.